

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT de L'UNIVERSITÉ de PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Adolphe GOLDSTEIN

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

ANCIEN INTERNE DES HOSPICES CIVILS DE CHALON-SUR-SAÔNE

Né le 14 Mars 1911 à Ploesti (Roumanie)

Contribution à l'étude de la valeur de la vitesse de sédimentation globulaire en Gynécologie

Président : M. MOCQUOT, Professeur

PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR

289, RUE SAINT-JACQUES

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT de L'UNIVERSITÉ de PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Adolphe GOLDSTEIN

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

ANCIEN INTERNE DES HOSPICES CIVILS DE CHALON-SUR-SAÔNE

Né le 14 Mars 1911 à Ploesti (Roumanie)

Contribution à l'étude de la valeur de la vitesse de sédimentation globulaire en Gynécologie

Président : M. MOCQUOT, Professeur

PARIS
MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR
289, RUE SAINT-JACQUES

1939

LE DOYEN

TIFFENEAU.

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robrt DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FISSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
»	CARNOT.
»	CLERC.
»	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
»	GOSSET.
»	GREGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
»	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD.
»	HOVELACQUE.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	SANNIE.
»	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgic.	LACOMME	Obstétrique.
BARIETY	Pathologie médicale.	LANTUEJOL	Obstétrique.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.	LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne) . .	Pathologie médicale.	LAVIER	Parasitologie.
Justin BESANÇON . . .	Hydrologie.	LELONG	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.	LEMAIRE	Pathol. expérimentale
BULLIARD	Histologie.	LEVEUF	Pathologie chirurgic.
CATHALA	Pathologie médicale.	MIL J. LEVY	Pharmacologie.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.	LEVY-VALENSI	Neurol. et Psychiatrie
COSTE	Pathologie médicale.	MENEGAUX	Pathologie chirurgic.
DOGNON	Physique.	MOLLARET	Pathologie médicale.
FEY	Urologie.	MOREAU	Pathologie médicale.
FUNCK	Pathologie chirurgic.	MOULONGUET	Pathologie chirurgic.
GALLIARD	Parasitologie.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
GASTINEL	Bactériologie.	PETIT-DUTAILLIS . . .	Anat. pathologique.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgic.	PIEDELIEVRE	Médecine légale.
GAYET	Physiologie	PORTES	Obstétrique.
DE GENNES	Pathologie médicale.	RENARD	Ophthalmologie.
GIROUD	Histologie.	RICHET	Physiologie.
HAGUENAU	Pathologie Médicale.	SENEQUE	Pathologie chirurgic.
HALPHEN	Oto-Rhino-Laryngol.	TURPIN	Pathologie médicale.
HUGUENIN	Anat. pathologique.	VIGNES	Obstétrique.
JOANNON	Hygiène.	WILMOTH	Pathol chirurgic.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgic.	LARDENNOIS	Pathologie chirurgic.
BUSSET	Pharmacologie.	LE LORIER	Obstétrique.
CHAUFFY	Physiologie.	SCHWARTZ	Patholog. chirurgicale
GUENOT	Obstétrique.	NEVEU-LEMAIRE . . .	Obstétrique.
HEITZ-BOUTIER	Pathologie chirurgic.	VAUDESCAL	Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAIJOUANINE	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique Chirurgicale.
AUBERTIN		BROcq	
BRULE		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VALLERY- RADOT	}	ECALLE	} Clinique obstétricale.
SEZARY		METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

*Ce modeste travail : faible témoignage
de ma reconnaissance pour le grand
amour qu'ils m'ont toujours prodigué et
les gros sacrifices qu'ils ont fait pour moi.*

A MES CHERES SŒURS

A MES BEAUX-FRÈRES

AUX MIENS

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR MOCQUOT

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

Chirurgien de l'Hôpital Broca

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.
Qu'il veuille bien accepter nos remer-
ciements sincères et l'hommage de
notre respectueuse gratitude.*

A M. LE DOCTEUR R. PALMER

Chef de Travaux Gynécologiques à la Faculté
de Médecine de Paris

*Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse. En hommage de notre reconnais-
sance.*

A MES MAITRES D'EXTERNAT DES HOPITAUX
DE PARIS :

PROFESSEUR CHEVASSU

PROFESSEUR MOCQUOT

PROFESSEUR AGRÉGÉ PORTES

DOCTEUR CÉLICE

A MES MAITRES D'INTERNAT
DES HOSPICES CIVILS DE CHALON-SUR-SAONE :

DOCTEUR VACHEY

DOCTEUR PERRIN

HISTORIQUE

DÉFINITION

Sédimentation veut dire chute ; donc la S.d.H. c'est la propriété selon laquelle les globules rouges du sang tendent à gagner le fond du vase qui contient le sang.

C'est un phénomène qui, à première vue, paraît simple et banal, mais qui, en réalité, est très complexe comme l'ont montré les recherches récentes.

Expérimentalement, sur du sang rendu artificiellement incoagulable, on peut observer après un certain temps, qu'il se divise en deux couches superposées.

Une couche inférieure, constituée par des gl. rouges tassés, et une couche supérieure formée par le plasma.

Au point de contact de ces deux zones on aperçoit une troisième couche interm. très mince : ce sont les gl. blancs.

Cette sédimentation peut s'observer dans certaines conditions également sur du sang naturel sans anticoagulant.

C'est sur du sang naturel que dès le ^{xvii}^e et

xviii^e siècle, les anciens médecins ont décrit avec multiples détails le caillot couenneux (ou *crusta phlogistica sanguinis*) ; dans ces cas il y a eu avant la prise en gelée du sang un certain degré de S.d.H. et quand la coagulation proprement dite s'effectue elle porte sur une partie supérieure plus ou moins privée de gl. rouges. Par contre, la partie inférieure est riche en Hématies, d'où l'aspect bicolore du caillot.

Hunter, dès la fin du xviii^e siècle fit quelques recherches expérimentales sur ce problème.

Dans le courant du xix^e siècle on ne s'en occupa guère ; ce n'est que vers la fin du xix^e siècle, vers 1894-1897 quand Biermacki a observé la tendance qu'a le sang au repos de se diviser en trois couches distinctes.

Ce phénomène encore appelé phénomène de Biermacki est difficilement visible spontanément sauf dans certains états où se produit une coagulation retardée du sang.

Plus tard, Gilbert et Weill reprirent l'étude du caillot couenneux qu'ils décrivirent sous le nom de coagulation plasmatique.

En 1904, Biffi, à Lima, a également noté des anomalies dans la vitesse de la S.globulaire qui est variable d'après les états pathologiques.

O. Claude dans sa thèse (Paris 1908) précisa le fait qu'une sédimentation anormalement rapide pouvait se voir dans certains sangs pathologiques et en particulier dans les anémies. Mais O. Claude

s'adressait à du sang naturel et il n'arriva pas à une classification des faits.

En 1913, Césari proposa d'utiliser le phénomène de la sédimentation chez le cheval.

Mais c'est surtout au cours de ces dernières années que l'étude de la S. a été remise à l'ordre du jour, à la suite d'une communication du Suédois Fahrens, au congrès de chirurgie et de gynécologie de Stockholm (décembre 1917) qui a signalé que la V.d.S.G. est accélérée chez les femmes enceintes.

A la suite de cette communication l'épreuve de la V.d.S. fut appliquée à un grand nombre d'affections, et on s'aperçut par cette exploration systématique que cette propriété de gl. rouges est extrêmement variable dans différents états pathologiques ou même physiologiques. De nombreux travaux furent publiés surtout en Allemagne et en Amérique principalement par Linzenmeyer, Bayer, Reis, Abderhalden, Hugues, Westergreen, Neergaard, etc. Puis ceux plus récents effectués en France, en Italie, en Russie.

En gynécologie, Schachter et Klein ont montré que la V.S.G. est toujours normale dans les tumeurs bénignes alors qu'elle est fortement accélérée dans les cancers.

En 1933, Cotte, Mlle Roth et Durand ont constaté que la V.d.S.G. est accélérée dans les annexites et dans certains cas accompagnés d'affections latentes des annexes, que cela soit dans un prolapsus, dans un fibrome ou dans une rétroversion.

TECHNIQUE

Un grand nombre de modes de recherches ont été successivement proposés ; les uns diffèrent par la notation des résultats, les autres seulement par le calibre du tube employé.

Actuellement les deux méthodes les plus employées sont celles de Linzenmeyer et de Westergreen, dont la plupart des autres ne sont que des dérivés.

Méthode de Linzenmeyer. — Dans une seringue graduée de 1 cc. on aspire 2/10 de cc. d'une solution de citrate de soude à 5 %. Par ponction veineuse on aspire 8/10 de cc. de sang qui se mélange au citrate. Ce cc. de sang citraté on le refoule dans un tube de verre de 5 mm. de lumière et de 8 cm. de hauteur, portant 2 traits circulaires horizontaux ; le trait supérieur marquant le niveau atteint dans le tube par 1 cc. de liquide.

Le trait inférieur est situé à 18 mm. au-dessous du précédent.

Connaissant l'heure à laquelle le sang citraté qui est versé dans le tube affleure le trait supérieur on note le moment où le niveau supérieur du culot des hématies atteint le trait inférieur. Le temps écoulé indique la vitesse de sédimentation.

Les chiffres normaux sont pour la majorité des auteurs de 300 minutes pour les femmes et de 600 minutes pour les hommes.

Cependant, Lehr et Genisseez admettent jusqu'à 1.200 minutes pour les hommes. L'inconvénient de cette méthode est qu'elle prolonge le temps d'observation pendant plusieurs heures et ne présente d'ailleurs pas plus de sécurité que les techniques suivantes :

Méthode de Westergreen. — Westergreen emploie des tubes de faible diamètre (2 mm. 5) et du sang citraté comme ci-dessus.

On mesure après 1 heure et 2 heures de repos la hauteur de plasma qui surmonte le culot de tassement des hématies.

Poppert et Kreindler ont légèrement modifié cette technique. Ces auteurs se servent du sang, citraté de la même façon, qui est versé dans un tube de verre de 5 mm. de lumière intérieure, on agite plusieurs fois doucement le tube pour s'assurer de l'homogénéité du liquide. Au moyen d'une petite échelle à millimètres on mesure une heure après le nombre des mms. qui séparent le niveau supérieur des gl. rouges tassés, du niveau primitif de la colonne liquide. Ce nombre de millimètres, exprime au bout d'une heure le temps de sédimentation.

Les chiffres normaux sont : d'après Poppert, Kreindler et Turriés, 4 à 6 mm. pour l'homme et 6 à 8 mm. pour la femme. Au-dessus de 10 ils considèrent que la V.d.S. est pathologique.

Actuellement, la plupart des auteurs tendent à se rattacher à des méthodes de types Westergreen.

Katz ainsi que Sauvan et Simonpiétri traduisent la V.d.S. par un chiffre appelé indice de sédimentation (I.S.),

Ce chiffre est obtenu par l'application de la formule suivante :

$$\text{I.S.} = \frac{\text{S.1} + \text{s.}^2/2}{2}$$

S.1 représente le chiffre de sédimentation de la première heure.

S.2 représente le chiffre de sédimentation de la deuxième heure.

La formule ci-dessus donne un indice qui à l'état normal varie entre 2 et 5 et devient nettement pathologique au-dessus de 10.

Dans le service du Prof. Mocquot, à l'hôpital Broca, où nous avons fait ce travail, guidés par Monsieur Palmer, chef des travaux, nous avons donné la préférence à la méthode de Westergreen, en nous servant des pipettes dites de Westergreen. Grâce à ce procédé, nous avons pu déterminer facilement des courbes pour établir le Dg. et pour suivre de près l'évolution des affections en gynécologie. Ces courbes n'étant pas d'une utilisation courante, nous avons traduit la V.d.S.G. en notation de Katz, Sauvan et Simonpiétri, ou indice de sédimentation.

Notre technique a été la suivante :

Au moyen d'une seringue graduée de 2 cc. on aspire 0,4 cc. d'une solution de citrate trisodique à 5 %, on prélève ensuite au niveau du pli du coude 1,6 cc. de sang veineux et on mélange le tout en renversant deux ou trois fois la seringue.

La pipette de Westergreen est un tube en verre de 30 cm. de hauteur et de 2,5 mms. de diamètre, qui est divisée en 200 graduations,

Un trait à une hauteur de 20 cm. correspond à une colonne de 2 cc. 3 de sang citraté à 5 %. Nous avons fait des lectures de sédimentation après un quart d'heure, 1 heure, 2 heures, 6 heures et 24 heures. Dans la méthode de Westergreen la moyenne horaire de S. des gl. rouges est de 5 à 6 mm. chez la femme et de 3 à 4 mm. chez l'homme.

VARIENTS PHYSIOLOGIQUES DE LA V.d.S.

Des résultats normaux sont susceptibles de subir des modifications du fait de quelques conditions physiologiques, permanentes ou transitoires.

1° *Le sexe.* — Nous avons déjà vu que la V.d.S. est toujours sensiblement plus rapide chez la femme que chez l'homme ; chez l'enfant, par contre, il n'y a pas de différence entre les deux sexes.

2° *L'âge.* — L'âge influe grandement sur le temps de sédimentation.

Chez le nourrisson, la V.d.S. est fortement diminuée par rapport à celle qu'elle est chez l'adulte. Elle s'accélère vers le troisième et quatrième mois, et devient alors peu à peu identique à celle de l'adulte.

D'autre part, entre 60 et 75 ans, la V.d.S. devient sensiblement plus rapide aussi bien chez l'homme que chez la femme (Turriés).

3° *La digestion,* influe la V.d.S. Il y a peu de variations aux différents moments de la journée, en dehors des périodes post-prandiales.

4° *La menstruation :* accélère presque constamment le temps de sédimentation, mais dans des proportions qui ne sont pas encore nettement établies.

Gueissaz n'admet pas de changement de la V.d.S. pendant les périodes menstruelles.

5° *La grossesse.* — C'est principalement la grossesse qui détermine les variations de la V.d.S.

Fahrens, le premier, précisa le fait.

Quelle que soit la méthode, on retrouve toujours la V.d.S. nettement accélérée pendant la seconde moitié de la grossesse. Après l'accouchement, la V.d.S. redeient normale en 8 ou 10 jours.

PRÉCAUTIONS A PRENDRE

D'après ce qu'il vient d'être dit, il est recommandé de prendre certaines précautions quand on étudie la V.d.S. Il faut veiller notamment :

1° A ce que le sang soit *bien incoagulable*. Comme nous l'avons dit plus haut, il est nécessaire de renverser deux ou trois fois la seringue contenant le sang, en prenant soin d'y aspirer un peu d'air.

2° A éviter les périodes post-prandiales.

CAUSES ET MECANISMES DE LA SEDIMENTATION DES HÉMATIES

Phénomène biologique très complexe, le mécanisme de la S. sanguine reste, aujourd'hui, presque totalement inconnu.

Bien que cette étude ait été très poussée, nous n'avons sur la question que des vues parcellaires, toutefois, il est possible actuellement de tirer des travaux publiés à ce sujet une connaissance schématique du mécanisme de la sédimentation.

La sédimentation n'est autre chose qu'une agglutination et, il est possible par des moyens optiques appropriés, d'observer que les globules en suspension se réunissent en amas plus ou moins grands qui tombent au fond du tube ; plus ces amas sont précoces et compacts, plus la S.deH. est rapide.

Tous les globules empilés en rouleaux se touchent et forment dans leur ensemble une espèce d'armature ou charpente qui s'affaisse, en se tassant.

La solidité de la charpente sanguine serait fonction de la tonicité de ses composants.

Il y aurait donc une véritable tonicité sanguine

à envisager, l'hémotonie qui sera un facteur important à la sédimentation.

Mais, en fait, dans le déterminisme de ce phénomène complexe qui est la S.d.H., des éléments très variables entrent en jeu. Nous allons les analyser.

Pour nettement poser le problème, il faut considérer la S. comme un phénomène analogue à la flocculation des suspensions colloïdales, phénomène résultant du manque de stabilité de la suspension.

Le colloïde sanguin peut être considéré comme une suspension des éléments morphologiques dans le liquide plasmatique.

La S.d.H. peut donc dépendre, d'une part ; des propriétés des globules rouges, d'autre part, des propriétés du plasma.

A. — *Influence de la composition du plasma.*

Le facteur le plus important ici est tenu par les albumines plasmatiques : le fibrinogène, les globulines et l'albumine proprement dite. Ces trois variétés sont caractérisées par diverses propriétés physicochimiques dont la principale est la grandeur de leur molécule respective. Le *fibrinogène* à la molécule la plus volumineuse, il est donc l'élément le moins stable, le plus habile. Les *globulines* ont une grandeur de molécule inférieure à celle du fibrino-

gène. Les albumines présentent les plus petites molécules, elles sont les plus dispersées et les plus stables.

La quantité en proportion constante de ces diverses substances albuminoïdes assure au plasma sa stabilité. Toute modification de cette proportion diminue la stabilité. Plus précisément tout accroissement du fibrinogène et même des globulines, éléments les plus labiles, détermine une tendance à la floculation du plasma.

Cette floculation du plasma facilite l'agglutination des hématies.

D'autre part, la prédominance des albumines à basse dispersion paraît influencer sur la charge électrique des globules.

Pour Av. Iv. Raponsky, la S.G. est intimement liée à l'évolution normale ou précipitée des colloïdes micellaires vers la floculation.

La stabilité relative de la sédimentation normale s'explique par l'uniformité des micelles, des protides correspondantes par leurs propriétés générales et en particulier par la stabilité relative du point iso-électrique pour chaque protide prise séparément.

L'accélération de la V. de S. à l'état physiologique ou pathologique est provoquée par l'instabilité du point iso-électrique.

En un mot, la destruction rapide des colloïdes par la floculation est la clef de l'accélération de la V. de S. sanguine.

En outre, des modifications portant sur les albumines plastiques, d'autres variations de la composition du plasma peuvent faire changer la V. de S.

Kürton admet que la *cholestérine* accélère et que la *lécithine* entrave le temps de sédimentation. Cette opinion est cependant combattue par Salomon de Potter et Valtis. Le *calcium* a une certaine influence sur la V. de S. Lorsque la teneur en calcium est faible la V. de S. est plus rapide (Murakani et Takashi, Yamagushi). La *viscosité* du plasma, si elle est trop grande, s'opposerait mécaniquement à l'agglutination et à la sédimentation.

B. — Influence des propriétés des Hématies.

La propriété des hématies qui joue ici le rôle essentiel est la charge électrique. On sait que les globules rouges possèdent une charge électro-négative.

Si cette charge diminue, la force de répulsion sera moindre, et il y aura tendance à l'agglutination des globules.

Or, les albumines plasmatiques de basse dispersion (fibrinogène et globuline) possèdent une charge électro-positive. Elles ont donc tendance à se diriger vers la surface des hématies, et à ce niveau elles les déchargent d'une partie de leur potentiel électro-négatif. Cette diminution de potentiel diminue la force de répulsion des globules, d'où,

comme nous venons de le dire; agglutination et sédimentation.

La rapidité de la sédimentation résulterait donc de l'absorption à la surface des globules d'albumines à basse dispersion.

Bien que la plus importante, la charge électrique n'est pas la seule propriété des hématies qui puisse faire varier la vitesse de sédimentation. *Le nombre des hématies* est un facteur inhibiteur de la vitesse de sédimentation : la diminution de ce nombre accélère la vitesse de chute. On sait que celle-ci est plus rapide dans les anémies qu'à l'état normal. La dimension des globules entre aussi en jeu : les grandes hématies sédimentent plus rapidement ; c'est par cette particularité qu'on a expliqué la vitesse de sédimentation plus rapide chez la femme que chez l'homme. *La teneur en hémoglobine*, en augmentant le poids spécifique des globules, a aussi pour conséquence l'accélération de la vitesse de sédimentation : c'est pourquoi celle-ci est ralentie chez les chlorotiques.

Quelle est l'importance respective que l'on peut accorder dans le mécanisme de la sédimentation aux facteurs plasmatiques et aux facteurs globulaires ?

Les travaux récents (Maccabruni, Vignes et Hermet) démontrent le rôle prépondérant du plasma. A l'heure actuelle, il semble que l'on ait tendance à accorder de plus en plus d'importance à ce rôle.

Toutefois, Turriès dit : « Qu'il ne faut pas perdre de vue tous les autres éléments de variations de la vitesse de sédimentation. Ces variations sont le résultat final de l'enchevêtrement des différents facteurs que nous avons analysés. »

En résumé : Au point de vue de son mécanisme, la S. des H. paraît refléter l'état physico-chimique du sang et subit, en conséquence, le contre-coup des variations survenant dans la composition du plasma ou les propriétés des hématies : la formule protéique du sang et le potentiel électrique des globules semblent à l'heure actuelle les éléments les plus importants de ces variations, sans que l'on puisse affirmer de façon nette la valeur hiérarchique des autres éléments. La réaction de sédimentation paraît s'homologuer avec les diverses réactions colloïdales connues, et ce rapprochement paraît susceptible de nous faire mieux pénétrer l'intimité de son mécanisme, par là-même son intérêt pratique.

STATISTIQUE

1. *Vaginites à trichomonas*. — 35 cas. I.S. normal variant entre 4 et 9.

2. *Exocervicites*. — 42 cas. I.S. normal entre 6 et 10.

3. *Endométrites chroniques*. — 17 cas. I.S. légèrement accéléré, 7 et 9.

4. *Annexites aiguës et subaïgues*. — 28 cas. I.S. variant entre 17 et 37,5 dont :

13 cas ou 46,5 % l'I.S. varie entre 17 et 20

10 cas ou 36 % l'I.S. varie entre 21 et 30

5 cas ou 17,5 % l'I.S. varie entre 31 et 33,5.

5. *Annexites tuberculeuses*. — 3 cas. I.S. respectivement 36,5-38 et 42.

6. *Fibromes*. — 10 cas dont :

6 cas de fibromes simples. I.S. 6,5 à 10.

4 cas de fibromes avec infection de voisinage
I.S. 14-18,5.

7. *Néoplasmes*. — 21 cas dont :

9 cas où 42,8 % l'I.S. varie entre 30-40.

6 cas où 27,6 % l'I.S. varie entre 41-50.

6 cas où 27,6 % l'I.S. varie entre 51-57.

8. *Rétention placentaire.* — L'I.S. varie entre 17 et 23.

9. *Hyperplasie de la muqueuse.* — 7 cas. L'I.S. varie entre 31 et 64.

OBSERVATIONS

I. — PROCESSUS INFLAMMATOIRES.

Nous avons observé 35 cas de vaginites à trichomonas et comme on a pu le voir dans notre statistique, la V.S.G. est à peu près normale.

EXOCERVICITES

42 cas ont été observés, la V.S.G. a été reconnue également normale ou très légèrement accélérée. Mais, l'intérêt de la V.S.G. nous a semblé être démontré dans certains cas où les lésions du col, rebelles au traitement, ont nécessité plusieurs coagulations, et où le test de Schiller a montré parfois des pages blanches.

Six cas de ce genre ont été observés. Trois ont eu une biopsie. La réponse pour deux d'entre eux fut : « Tissu cicatriciel » dans le troisième, l'étude des coupes a montré un début d'évolution néoplasique (épithélioma au début), or dans ce dernier cas, la V.S.G. a été trouvée fortement accélérée.

Voici l'observation :

6° F... G., 33 ans. Consulte le 18 janvier pour douleurs dans le B.V. à droite. Pertes bl. depuis 5 ans, mais il y a 2 mois elles sont devenues jaunâtres et épaisses.

Ex. Rétroflexion-vaginite-métrite-grosse ulcération du col.

Electrocoagulation le 18 janvier 1938. Un mois après le col est encore ulcéré.

Retouche un mois après, ulcération non guérie. Nouvelle retouche le 5 avril 1938 : persistance d'une zone rouge saignant au contact. Biopsie à ce niveau.

I. S. 29 V.S.G. = 0-8-26-65-95-120.

Ex. Hist. : Epith. au début.

Traitement : le 11 mai : amputation haute du col.

Il semble donc d'après cette observation qu'il y ait un grand intérêt de chercher la V.S.G. dans les cas où l'on peut craindre un début d'évolution néoplasique.

Parmi les cas dont la réponse des laboratoires fut « tissus de cicatrices », l'observation suivante présente un certain intérêt, par le fait qu'elle met en lumière un autre aspect du phénomène que nous étudions.

La malade D... A., âgée de 37 ans, traitée en sept. 1937 pour une forte métrite, par les ondes

courtes et la coagulation, revient à la consultation de l'hôpital Broca au début d'avril 1938 pour douleurs dans le bas-ventre surtout à droite.

A l'examen, col dur, lèvre ant. saillante avec au spéculum, une érosion de la grandeur d'une pièce de 2 francs.

Gono-réaction négative ; B.W. négatif.

V.S.G. = 0-1-3-10-32-65.

I.S. = 4.

Une biopsie faite à ce moment donne la réponse suivante : « Kératinisation très suspecte de l'épithélium des glandes cervicales ».

Un second prélèvement de contrôle était nécessaire mais la question était de savoir à quel moment il y aura lieu d'y procéder.

Il suffira de renouveler l'expérience jusqu'au moment où la V.S.G. montrera une modification dans l'allure du phénomène et c'est alors que s'imposera la seconde biopsie.

En effet, au mois de juin 1938, alors que l'examen ne montrera rien de suspect, la V.S.G. s'accélère.

0-2-5-20-40-70.

I.S. 7,5.

ENDOMÉTRITES

17 cas d'endométrites, sans lésions annexielles concomitantes, furent étudiés. La V.S.G. fut légèrement accélérée, l'I.S. variant entre 7 et 9.

Citons quelques observations :

1. *M... M.*, 28 ans. Consulte le 25 mars pour douleurs dans le B.V. depuis le 1^{er} mars, date des dernières règles, et pour stérilité secondaire depuis une F. c. spontanée il y a un an et demi. Pertes bl. tachant et empesant les linges. Réglée tous les 28 jours pendant 4 jours.

Ex. : Douleurs à la mobilisation utérine. Pas de masse annexielle perceptible. Erosion du col.

Dg. : Endométrite.

V.S.G. : 0-2-8-17-42.

I.S. 8,5.

2. *L... G.*, 25 ans. Consulte le 25 février 1938 pour ménorragie et douleurs du B.V. Réglée tous les 25 jours très abondamment.

Dg. : Ménorragie due à une endométrite.

Temps de saignement : 4 min.

Temps de coagulation : 9 min.

Signe du lacet : Négatif.

Ex. du sang : Globules rouges : 4200000.

Globules blancs : 7700.

V.S.G. : 0-1-6-17-47-95.

I.S. : 7.

6. *L... M.*, 45 ans. Vient consulter le 17 janvier pour douleur du B.V. surtout à gauche et irradiant en arrière. Ces douleurs sont accentuées depuis un an, elles surviennent par crises qui durent qq. heu-

res et se répètent tous les 2-3 jours. Règles irrégulières depuis 3 mois. Pertes bl. peu abondantes.

Dg. : Endométrite.

V.S.G. : 0-2-8-18-38-86.

I.S. : 8,5.

4. R... G., 25 ans, Consulte le 11 janvier 1938 pour dysménorrhée depuis 2 ans qui s'est accentuée à la suite d'une f. c. faite il y a 2 mois. Règles très irrégulières et très peu abondantes. Pertes bl., jaunâtres, abondantes, amaigrissement, fatigue.

Ex. : Ut. en position intermédiaire, cul-de-sac gauche légèrement douloureux.

Spéc. : Exocervicite.

Dg. : Endométrite.

V.S.G. : 0-1-6-18-47-90.

I.S. : 7,5.

ANNEXITES AIGUES

Dans l'observation N^a 9, la V.S.G. nous a permis de redresser un diagnostic clinique à étiologie probable bien avant autre réponse de laboratoire.

Dans les 28 cas d'annexites, où nous avons vérifié la V.S.G., nous avons observé certains côtés intéressants de ce problème.

Observation N° 9 :

Il s'agit d'une jeune malade, K... E., âgée de 24 ans, venue consulter au début de mars 1938 pour hémorragies ayant persisté pendant tout le mois de janvier 1938. Les règles étaient très abondantes avec beaucoup de caillots. Le début insidieux de l'affection remonte au mois de décembre 1937. Il n'y eut ni douleurs ni fièvre, mais l'écoulement menstruel est devenu plus abondant et mélangé de caillots. Au mois de février, les règles furent douloureuses, les pertes blanches se sont accentuées. Comme antécédents personnels, on relève : Puberté à 13 ans, règles toujours irrégulières, durant 4 à 8 jours mais sans douleurs. Pertes blanches anciennes bien que plus abondantes depuis un mois, tachent et empêsent le linge.

L'état général est pitoyable. A l'examen, on trouve un bassin bouché, ventre souple, pertes purulentes abondantes, orifice cervical légèrement irrité. Au toucher vaginal : à droite, on constate une annexite fixée et dure ; à gauche annexite plus douloureuse qu'à droite.

L'ensemble de l'examen et l'état général misérable, font penser à la bacillose.

On fait une V.S.G., une formule sanguine et un prélèvement cervical.

La V.S.G., qui donne : 0-5-17-36-79-105, donc

I.S. 17,5, semble dire qu'on se trouve en présence d'une inflammation non tuberculeuse.

Ce fait est confirmé à la suite par la présence de gonocoques dans les sécrétions et par la formule sanguine :

Glob. R. : 3.700.000.

Gl. Bl. : 12.000 avec 65 % de polynucléaires.

Quelques jours plus tard, la gono-réaction positive vient donner un nouvel argument pour établir le diagnostic de pyosalpinx gonococciques et non tuberculeux.

Dans ce cas donc, la V.S.G. avant la réponse des autres examens de laboratoire, nous a permis d'éliminer la possibilité de la tuberculose génitale car le I.S. de 17,5 se trouve nettement au-dessous de ceux qu'on obtient dans cette affection où le I.S. est de plus de 35.

Mais, l'étiologie des annexites n'est pas le seul objet de la recherche de V.S.G. dans ces affections. L'étude par le même procédé de l'évolution d'une annexite au cours d'un traitement est aussi intéressante.

Nous avons suivi les progrès de la guérison chez 7 malades en comparant les résultats des analyses du sang et les signes cliniques. La V.S.G. semble traduire le plus fidèlement, l'évolution physiologique de la maladie, en caractérisant tous les aspects.

La malade N... J., 31 ans, se plaignait de douleurs abdominales et de pertes blanches. L'examen a révélé l'existence d'une endocervicite-annexite.

Vaccinations les 17-20-23.11.38.

Le 17.11.38, la V.S.G. : 0-8-26-52-90-102.

I.S. : 26.

Gl. B. : 18.000 avec 69 % de poly.

Gl. R. : 4.250.000.

Temps de saignement : 3 min.

Temps de coagulation : 9 min.

Rétraction du caillot : normale.

Le 22.11.38, V.S.G. : 0-5-20-40-75-100.

I.S. : 20.

Gl. B. : 17.800.

Gl. R. : 4.230.000.

Temps de saignement, de coagulation, de rétraction du caillot : normal.

Le 23.11.38, 2 h. après vaccination.

V.S.G. : 0-8-28-55-85-105.

I.S. : 28.

Gl. B. : 19.000.

Gl. R. : 4.250.000 avec 72 % de poly.

Le 1.3.38 : V.S.G. : 0-4-17-34-67-90.

I.S. : 17.

Le 8.3.38 : V.S.G. : 0-4-15-30-63-90.

I.S. : 15.

Gl. B. : 8.700.

Gl. R. : 4.180.000 avec 67 % de poly.

Cliniquement, douleur max. à droite, mobilisation douloureuse, col fixé à gauche.

Règles du 16 au 22.3.38.

Le 28.3.38 : V.S.G. : 0-2-12-24-50-78.

I.S. : 12.

Gl. B. : 6.200 avec 69 % de poly.

Gl. R. : 4.400.000.

Le 28.3.38, la malade s'est levée la veille pendant deux heures ; elle a constaté une douleur plus nette ainsi qu'une poussée de température à 37°7 (le jour précédent 37°4).

L'évolution vers la guérison était progressive et assez lente alors que cliniquement celle-ci s'annonçait plus rapide.

La légère rechute qui s'est produite le 29.3.38, trouve son explication dans l'I.S. vérifié le 28.3.38. En outre on peut voir que la courbe de la leucocytose sanguine ne suit pas exactement celle de l'I.S. car on trouve :

17.800 globules blancs pour I.S. à 20,

18.000 globules blancs pour I.S. à 26,

et 19.000 globules blancs pour I.S. à 28,

Les chiffres des globules blancs sont presque identiques alors que l'I.S. est nettement différent. Les autres cas des annexites sont des cas banaux qui nous montrent que l'I.S. varie entre 17 et 21.5.

Citons quelques observations :

1° M... M., 24 ans. Consulte le 29 avril 1938 pour crises douloureuses abdominales diffuses depuis 3 jours. Débuts brusques. Nausées fréquentes. Ménorragies depuis 3 mois.

Dg. : Annexite bilatérale.

V.S.G. : 0-4-18-32-68-90.

I.S. : 17.

3° L... P., 23 ans. *Dg.* : Salpingite gauche. Gonorréaction et B.W. nég.

V.S.G. : 0-6-19-42-78-95.

I.S. : 20.

Globules Bl. : 7.900.

7° S... M., 23 ans. Hospitalisée le 16 mars 1938 pour crise douloureuse aiguë survenue le 10 mars. Débutant par un point violent dans la rég. lomb. gauche. Douleur irradiant dans tout le B.V. et la cuisse gauche. La crise aiguë dure 4 jours. Aménorrhée complète depuis 4 ans. Elle a été précédée par des aménorrhées intermittentes de 2, 3 mois. Gonorréaction positive. B.W. nég.

Dg. : Annexite droite.

V.S.G. : 0-6-18-65-80-100.

I.S. : 25.

13° P... J., 35 ans. Consulte pour douleurs dans le B.V. surtout à droite, qui ont débuté le 18 janvier 1938 avec violente hémorragie. D.R. du 5 au 10 janvier. Depuis douleurs et pertes bl.

Dg. : Annexite gauche.

V.S.G. : 0-8-30-65-102-110.

I.S. : 31. Le 8 mars, 1 mois après la fin de la vaccination par I.O.D. Le *I.S.* : 14. *V.S.G.* : 0-4-14-20-45-90.

23° *D...* *C.*, 31 ans. Vient consulter pour stérilité primaire. Dysménorrhée primaire plus accentuée avant le mariage. Douleurs les 8 jours précédant les règles. Léger prurit vulvaire. Règles tous les 25 jours. Examen : vulve un peu atrophique. Masse annexielle droite extrêmement dure, fixée, col dévié à gauche.

Dg. : Annexite droite.

I.S. : 21,5.

17° *C...* *M.*, 24 ans. Consulte au début de janvier 1938 pour douleurs dans le B.V. Début il y a 3 semaines. Pertes jaunâtres très abondantes.

Dg. : Grosse métrite et salpingite droite.

Gonoréaction positive.

V.S.G. : 0-4-17-38-60-90.

I.S. : 18.

ANNEXITES TUBERCULEUSES

L'allure de l'épreuve de la *V.S.G.*, à l'occasion de 3 cas d'annexites tuberculeuses est nettement différente de celle des autres infections des annexes.

La V.S.G. de cette affection bacillaire est beaucoup plus rapide que celles relevées pour les annexites gonococciques, lesquelles forment la grande majorité des cas. Les résultats confirment ceux qui ont été obtenus en 1923 par Gueissac.

Les I.S. trouvés pour les annexites tuberculeuses furent respectivement 36,5, 38 et 42.

La différence constatée fournit une indication précieuse pour caractériser l'étiologie de l'affection et déterminer l'application du traitement « ad hoc » (Renwa).

P... M., 23 ans, vient consulter le 22.3.38 pour douleurs dans le bas-ventre et troubles urinaires.

Il y a deux mois, elle a dû s'aliter pendant six semaines à la suite d'une crise douloureuse abdominale avec maximum à gauche, accompagnée de métroragie, la température était montée à 38°5. Depuis, état subfébrile et brûlures à la miction sans pollakiurie.

Réglée tous les 30 à 32 jours, pendant 4 ou 5 jours, a vu depuis un an se répéter 5 ou 6 fois des hémorragies survenant 15 jours après les règles. Depuis cette date, les règles sont légèrement douloureuses.

A l'examen. Le 22.3.38 :

Utérus normal, annexe gauche grosse comme une mandarine.

Au spéculum : col d'aspect normal avec une petite glaire sanglante.

On institue un traitement au vaccin le 24.3.38.

V.S.G. : 0-12-42-78-115-135.

I.S. : 36,5.

Gl. R. : 4.600.000.

Gl. B. : 11.000 (50 % de poly.).

L'épreuve de la V.S.G. nous a montré qu'elle est fortement accélérée au-dessus de celle qu'on trouve dans les annexites gono.

On envisage le diagnostic d'annexite bacillaire, ce qui est confirmé le 7.4.38 par l'examen de la pièce opératoire.

La réponse a été : Tuberculose des annexes, lésions utéro-caséuses limitées.

La V.S.G. peut donc donner des indications précieuses qui, jointes à l'étude de la température et de l'état général, font juger de l'opportunité d'une intervention (Gueissag, Gaz. des Hôp., le 23 janv. 1927). Cet auteur ajoute même : « Elle s'impose avant chaque intervention gynécologique comme l'analyse d'urine ».

II. — TUMEURS.

I° FIBROMES.

Nous avons étudié 10 cas de fibromes. Dans six cas de fibromes sans infections, la V.S.G. fut très légèrement augmentée, l'I.S. variant entre 6,5 et 10. Par contre, dans 4 cas de fibromes avec infections concomitantes, la V.S.G. fut nettement accélérée alors que la leucocytose fut à peu près normale.

Les I.S. ont varié ici entre 14 et 18,5.

Ces résultats semblent indiquer que la V.S.G. permet d'apprécier avant l'intervention, l'existence de complications infectieuses associées aux fibromes et de les traiter.

Cette précaution pré-opératoire atténuée, si elle ne supprime pas le danger d'apparition d'accidents inflammatoires et notamment des phlébites. Cotte (dans Gynéco. de juin 1933) conclut sa discussion sur les fibromes en disant : « L'exagération de la V.S.G. indique la coexistence des lésions inflammatoires, que celles-ci aient pour point de départ la cavité utérine, le myome lui-même, les annexes ou le système veineux. »

Voici les observations de fibromes avec infections surajoutées :

7. *L... B.*, 38 ans. Vient consulter le 28 février pour ménos. et métrorragie. Il y a un an hémorragie qui a duré un mois. A cette époque elle constate une tuméfaction dans le B.V. qui augmente au moment de la période qui précède les règles. Règles très abondantes. Pertes jaunâtres empesant le linge.

Dg. : Fibrome implanté sur la corne droite.

Métrite cervicale.

I.S. : 17. *V.S.G.* : 0-4-17-35-95-120.

Gl. rouges : 3.900.000.

Gl. bl. : 7.000.

Poly. : 51 %.

8. *D... A.*, 43 ans. Consulte pour prurit vulvaire intense datant de 4 mois et pour ménorragie depuis 3 ans. Règles tous les 25 jours abondantes et prolongées. Pertes bl.

Ex. : Ut. en rétroversion dont la surface postérieure est irrégulière et mamelonée, le col est reporté en avant.

Spéc. : Exocervicite.

Dg. : Ut. myomateux et métrite.

V.S.G. : 0-4-13-28-44-80.

I.S. : 13,5.

Gb. R. : 3.625.000.

Gb. Bl. : 7.000.

Poly. : 67 %.

9. P.... J., 47 ans. Consulte pour douleur abdominale à titre de pesanteur, depuis 2-3 mois. Céphalée fréquente et parfois vomissements. Quelques pertes empestent les linges depuis 4-5 mois.

Ex. : Corps utérin gros et irrégulier avec à droite une masse (myome) grosse comme une orange. Prolapsus.

Spéc. : abaissement de la paroi vaginale antérieure. Col allongé avec une ulcération sur la lèvre antérieure.

Dg. : Myome et métrite.

V.S.G. : 0-4-14-28-65-85.

I.S. : 14.

10. M... D., 51 ans.

Fibrome assez volumineux surtout en avant et à droite. Mobile, refoule la vessie à gauche. Métrite.

V.S.G. : 0-6-17-41-87-110.

I.S. : 18,5.

2° KYSTES DE L'OVAIRE.

On a observé 2 cas de kyste de l'ovaire, simple non compliqué. La V.S.G. a été trouvée presque normale.

Cas de la malade A... A., de 35 ans : *Dg.* : kyste de l'ovaire gauche. La *V.S.G.* : 0-2-8-16-45-80.
I.S. : 8.

Cas de la malade H... S., 29 ans. Dg. : kyste de l'ovaire droit. La V.S.G. : 0-2-6-13-35-78. L'I.S. : 6,5.

3° TUMEURS NÉOPLASIQUES.

Dans les cas de tumeurs néoplasiques, de l'utérus ou de l'ovaire, la V.S.G. peut fournir des indications précieuses pour établir le diagnostic comme le pronostic et elle peut venir en aide au praticien qu'elle pourra mettre en mesure de vérifier progressivement les résultats obtenus au cours du traitement.

Au point de vue du diagnostic, les résultats dont nous rendons compte, semblent concluants ; ils permettent en effet de reconnaître rapidement la nature d'une lésion et cela devrait suffire, semble-t-il, pour que le phénomène de V.S.G. intervienne au même titre que la réaction de Schiller dans la détermination d'une lésion suspecte du col.

Dans 21 cas de cancer (dont 10 cas d'épithélioma baso-cellulaire du col, un spino-cellulaire, un cylindrique, un cancer végétant, 4 cas de cancer endo-cervical, 3 cas de cancer du corps de l'utérus et un cas de cancer de l'ovaire), les V.S.G. peuvent être tracées schématiquement dans une zone qui semble nettement différente de celle des autres affections gynécologiques. Les I.S. ont varié entre 30 et 57.

Dans les cas de néoplasme endocervical, le phénomène présente un plus grand intérêt encore, par le fait qu'il n'existe au début de ce processus que peu de symptômes cliniques pouvant le déceler, lesquels symptômes sont bien souvent mis sur le compte d'un utérus fibromateux ou d'une endométrite. En cas de doute, une V.S.G. anormalement accélérée peut très bien servir d'indication et inciter l'examineur à pousser plus loin ses recherches.

Quelques observations de Néo :

4. R... A., 64 ans. Hospitalisée le 3 juin pour pertes fétides et hémorragie. Métrorragie d'une huitaine de jours en avril, mai et juin. Douleurs lombaires intermittentes depuis quelques jours. Pas d'amaigrissement, bon appétit. Aucun passé pathologique.

Dg. : Néo du col.

Ex. Hist. : Epith. cyl. du col.

Hystérectomie vaginale.

V.S.G. : 0-17-55-90-110-135.

I.S. : 50.

17. D... J., 50 ans. Consulte le 28 janvier pour métrorragie. Dernières règles normales il y a six mois.

Ex. : Gros col un peu dur en avant. Se colore bien au Lugol.

Hysterométrie : 9 cm.

Spéc. : Gros col ne paraît pas ulcéré, il en sort des glaires sanguinolentes.

Lipiodol : énorme cavité cervicale, irrégularités des contours.

Biopsie par curetage : Epithélioma.

Dg. : Néo. Intra-cervical.

V.S.G. : 0-7-35-73-135-155.

I.S. : 35,5.

13. B... I., 41 ans. Consulte pour douleurs abdominales et métrorragie. Depuis un mois douleurs dans la moitié gauche de l'abdomen. Métrorragie au contact et aux rapports.

Ex. : Ulcération de la lèvre antérieure gauche à droite col détruit.

T.R. : Légère induration du ligament utero-sacré.

Spéc. : Forme ulcéreuse très peu végétante surtout sur la lèvre antérieure droite.

Dg. : Néo du col confirmé par une biopsie qui prétend qu'il s'agit de néo au début.

V.S.G. : 0-6-26-48-105-135.

I.S. : 35. 14 jours après hystérectomie totale, *U.S.* tombe à 9. *V.S.G.* : 0-3-9-19-52-90.

14. H... G., 43 ans. A subi une myomectomie en août 1935. Depuis elle a engraisé de 11 k. Il y a 4 mois tuméfaction du B.V. qui fut prise pour un kyste de l'ovaire. La malade refuse de se faire réopérer. Depuis un mois elle souffre du B.V. surtout à

droite. On intervient avec le *Dg* de tumeur végétante de l'ovaire.

I.S. : 41.

V.S.G. : 0-6-40-82-115-130.

Gl. rouges : 3.850.000.

Gl. bl. : 8.600

Ex. de la pièce opératoire : Muqueuse ut. : Etat folliculinique, pas d'hyperplasie. Ovaire : Epith. cylindrique.

15. *B... G.*, 48 ans. Consulte le 11 janvier 1938 pour métrorragie abondante depuis le mois d'octobre 1937.

Ex. : Ut. mobile, gros, pas d'irrégularités. Col abaissé sans aucune altération.

Dg. : Néo du corps utérin.

I.S. : 57.

16. *L... M.*, 32 ans. Consulte pour pertes légères de sang au contact. Amaigrissement de 2 kg. en 15 jours. Appétit conservé.

A l'examen : ulcération du col avec réactions inflammatoires du paramètre gauche.

Biopsie du col : Epith. baso-cellulaire.

V.S.G. : 0-35-83-105-135-138.

I.S. : 38.

HÉMORRAGIES

Le phénomène est moins probant dans les cas d'hémorragie rencontrés par rétention placentaire et par hyperplasie de la muqueuse utérine à la ménopause.

Notons cependant que dans 5 cas de rétention placentaire, dont 2 contrôlés par la biopsie, et dans 7 cas d'hyperplasie de la muqueuse, dont 3 contrôlés par la biopsie, la V.S.G. fut fortement accélérée et pourrait donc être prise pour celle d'une malade atteinte du cancer. Dans les cas de ce genre, il est donc nécessaire de recourir à des examens complémentaires (biopsie utérine, etc...).

Dans les rétentions placentaires, les I.S. ont varié entre 17 et 23 et entre 31 et 64 dans les cas d'hyperplasie de la muqueuse.

Cependant, dans la rétention placentaire, la V.S.G. peut encore rendre des services appréciables, lorsqu'il s'agit de savoir si les hémorragies n'ont pas pour cause une inflammation utérine qui exige un traitement spécial.

Observations typiques.

Une nommée P. M... vient à la consultation le 4/3/38 pour hémorragie. Les dernières règles datent du 19/10/37. Le 23 décembre suivant, abortum. Le 26 février forte hémorragie, la malade continue à perdre du sang.

A l'examen, on voit au spéculum un col largement déchiré, d'où s'écoule un liquide sanguinolent. Au toucher vaginal on perçoit un utérus assez gros, mais ne correspondant pas à une grossesse du mois d'octobre, avec des irrégularités sur la corne gauche.

V.S.G. : 0-10-18-34-75-105.

I.S. : 18.

Temps de saignement : 3 min. Gl. R. 4.200.000

Temps de coagulation : 8 min. Gl. B. 8.000

Formule : N. 72 - E. 3 - M. 7. - L. 18.

Le curetage fut suivi d'une V.S.G. normale.

Chez une autre malade, H. R..., âgée de 26 ans, ayant fait un abortum de deux mois, le 8 avril, non suivi de curetage, l'hémorragie se produisit 4 à 5 jours après. La malade perd depuis lors d'une façon continue du sang rouge avec caillots. Pas de température, ni de douleurs.

A l'examen, une réaction salpingienne est perçue, un ovaire droit sensible, un utérus petit avec col fermé.

Cliniquement, on peut se demander si les pertes rouges sont dues à une infection ou à une rétention placentaire.

La V.S.G. est recherchée et trouvée semblable à celle qui se manifeste au cours des inflammations annexielles.

La V.S.G. : 0-3-12-26-48-85.

l.S. : 25.

Un curetage est donc contre-indiqué.

Ces deux exemples montrent tout l'intérêt que peut présenter la recherche de la V.S.G. quand on soupçonne l'existence d'une rétention placentaire.

CONCLUSIONS

Dans un très grand nombre de cas d'affections gynécologiques, la vitesse de sédimentation globulaire (V.S.G.) présente un intérêt certain, car elle permet :

I. Dans les cas où l'on peut craindre un début d'évolution néoplasique, de suspecter fortement la nature maligne d'une affection utérine.

II. En présence d'un col utérin enflammé résistant à la cautérisation de pouvoir imposer le moment à choisir pour une biopsie.

III. Dans les annexites aiguës, de confirmer les signes cliniques, de suivre de près l'évolution de la maladie, comme complément de la leucocytose sanguine.

IV. De suspecter la nature tuberculeuse d'une infection gynécologique.

V. Dans les cas de fibromes compliqués d'infection, d'imposer la nécessité des soins pré-opératoires et d'indiquer le moment favorable à l'intervention.

En résumé la V.S.G. est un moyen d'investigation qui ne doit pas être négligé, car elle permet de confirmer, ou de déterminer la nature de certaines affections gynécologiques et de préciser le caractère de leurs évolutions.

Vu : *Le Doyen,*
Tiffeneau.

Vu : *Le Président,*
Mocquot.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. Roussy.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 *M.-D. Ballard et L.-A. Calkins.* — Blood sedimentation test in obstr. and gyn. (Kansas. J. M. Soc. 32 ; mars 1931).
- 2 *G. Cotte, Roth et Durand.* — Sur la valeur de la séd. glob. en gynéc. (La Gynécologie, juin 1933).
- 3 *H.-E. Canter.* — Blood sedim. during labor and in puerperium (M. Rec. 140-142, 145, 1 août 1934).
- 4 *Gueissaz.* — Revue Médicale de la Suisse Romande (mai 1923).
- 5 *D.-E. Gorostiaga.* — Contribution al estudio de la séd. en obstr. y ginec. (Prensa Med. Argent. 22. 20 mars 1935).
- 6 *L. Grimand Richard.* — Vitesse de séd. glob. chez la femelle du cobaye pleine et chez le fœtus (C. rendus de la Soc. de Biol. 115 — 1934).
- 7 *F. Heimann.* — Die sechsmomentige Mikrosed der roten Blutkörperchen und ihre Enwendung in Gyn. (Monatsch. f. gynek. 98 — janv. 1935).
- 8 *Lacourie J.H.* — Troubles de la crase sanguine au cours de quelques affections gyn. (Thèse 1938).
- 9 *Av. Iv. Raponsky.* — Gaz. des Hôpitaux N° 79. (Oct. 1934).

- 10 *Prof. Mocquot et Renna.* — Contrib. à l'étude de la Séd. glob. en gynéc. (Bulletin de la Soc. de Gyn. et obstr. 13 juin 1938).
- 11 *Schaechter et A. Klein.* — Etude critique de la V.S.G. (Bulletin Méd. 10 nov. 1934, page 693).
- 12 *M.-J. Summerville et F.-H. Falls.* — Critical study of technic and clinical value of sedim. rate in gyn. (Am. J. Obstr. et gynec. 24 ; 289-394, sept. 1932).
- 13 *M. Turriés.* — Gazette des Hôp. N° 7 et 9. (23 et 30 janv. 1926).
- 14 *Zuech S.* — La velocità di sed. della emazie nei carcinomi del genitale femminile. (Atti. Soc. Ostetr. Venezie 118-121. 1937).

